

令和元年度第2回高知県救急医療協議会議事録

1 日時令和元年12月10日18時30分～20時00分

2 場所高知県庁2階第二応接室

3 出席委員 臼井委員 岡林委員 加志崎委員 吉川委員 松本委員 前田委員 小松委員
先山委員 矢部委員 田村委員 田中委員 竹内委員 西山委員 浜口委員 本山委員
堀田委員 鎌倉委員

4 欠席委員 近森委員 野並委員 西田委員

〈事務局〉 消防政策課

医療政策課

（事務局）定刻になりましたので、ただ今から令和元年度第2回高知県救急医療協議会を開催させていただきます。

本日の会は、新たな任期における最初の会ですので、会長、副会長が選出されますまで事務局のほうで進めさせていただきます。医療政策課の弘田と申します。よろしくお願いいたします。

まず、新たな委員の方、所属が変わられた委員の方をご紹介します。

まだ来られていないんですけども、国立病院機構高知病院副院長、先山委員が新たに委員になられました。

また、須崎くろしお病院、外科医師、田村委員、続いて、幡多けんみん病院長、矢部委員です。

（委員）矢部です。よろしくお願いいたします。

（事務局）高知赤十字病院長、浜口委員です。

（委員）浜口です。よろしくお願いいたします。

（事務局）高知県消防長会長、本山委員です。

（委員）本山です。どうぞよろしくお願いいたします。

（事務局）そして、所属が変わられました、高知大学医学部災害救急医療学講座教授、西山委員です。なお、高知県医師会長の岡林委員が所用のため、遅れて到着されるとの連絡をいただいております。

また、高知県医師会副会長、野並委員。高知医療センター救命救急センター長、西田委員は、本日所用のため欠席との連絡が入っております。

また、近森病院長、近森委員に代わりまして、本日は同病院救命救急センター長、根岸様にご出席いただいております。

（委員）代理になります。よろしくお願いいたします。

（事務局）したがいまして、現時点で高知県救急医療協議会の組織及び運営に関する規則第7条第3項に定める議事及び議決に必要な過半数を満たしており、本日の会が有効に成立しておりますことをご報告いたします。

ここで、開会にあたりまして高知県健康政策部医監兼医療政策課長の川内からご挨拶を申し上げます。

(事務局) 皆さん、こんばんは。

第2回の救急医療協議会ということで、夜分にも関わらずご出席いただきましてありがとうございます。真摯に行なっていただきたいと思います。

それと、消防機関の方々にはご案内ですけれども、デジタルペンの機能の改修にあたりまして、傷病者観察票の変更もごございます。その他2項3件をご用意しております。本日は意義のあるご議論のほど、よろしく願いいたします。

(事務局) それでは、早速議題に入らせていただきます。

議題(1)の会長、副会長の選出について事務局から説明をさせていただきます。

(事務局) 医療政策課、橋本と申します。よろしく願いいたします。

私のほうからは、議題(1)会長、副会長の選出について説明させていただきます。会長、副会長につきましては、高知県救急医療協議会の組織及び運営に関する規則第6条で、会長、副会長は委員の互選によって定めること。会長は、会議を総意し協議会を代表すること。副会長は会長を補佐し、会長に事故のあるとき、または、会長が欠けたときはその職務を代理すると規定されております。

令和元年5月25日からの任期における最初の会議でございますので、会長、副会長の選出を議題として提出させていただきました。よろしく願いいたします。

(事務局) 先ほどの説明にありましたように、会長、副会長につきましては、委員の互選により定めることとされております。

ここで、事務局から提案させていただきたいと思いますが、会長につきましては、引き続き岡林委員をお願いしてはいかかでしょうか。なお、岡林委員からは推薦を受けた場合は、引き続きお受けいただけることをうかがっております。

委員の皆様からのご意見はいかがでしょうか。

はい。異議なしということでございます。それでは、高知県救急医療協議会の会長は岡林委員に決定することといたします。

続きまして、副会長の選出に移らせていただきます。

従来から県の健康政策部長が副会長でございましたが、今回も鎌倉委員でいかがでしょうか。

異議なしということでございますので、高知県救急医療協議会副会長は鎌倉委員に決定いたしました。

現在、会長の岡林委員の到着が所用により遅れておりますので、到着までは鎌倉副会長に議事進行をお願いしたいと思います。それでは、よろしく願いいたします。

(副会長) 鎌倉です。よろしく願いいたします。岡林会長が到着するまでの間、議事進行をさせていただきますので、よろしく願いします。

それでは、議題の（２）高知県救急医療協議会設置要綱の改正について、まず、事務局のほうから説明をお願いします。

（事務局）議題（２）高知県救急医療協議会設置要綱の改正について説明させていただきます。

改正の趣旨としましては、今後、任期中に異動等で委嘱時の所属から変更になった場合でも、規則で定められている20名以内で柔軟に対応できるように第3条第1項を主として改正、話し合うものです。

資料1の2の新旧対照表をご覧くださいませでしょうか。

まず、第3条第1項の本文、まえがきにつきましては、第2号記載と重複しておりますので削除しています。

次に、第1項の各行ごとに明記しておりました人数の記載を削除しております。これは、例えば第3号の救命救急センターの部分を見ますと、救命救急センターごとに1名と記載して、人数はカッコのところ、2名と定めておりますが、現実と現在、異なっていることがございます。また、先程申しましたように、委嘱時の所属から変更になった場合でも柔軟に対応できるようにという趣旨で、全項目のほう、人数を削除させていただきました。

次に、2号、二次保健医療圏ごとに1名を1名以上としております。

5号、県内消防機関のところにつきましては、文言を二次医療圏ごとにと記載しておりますところを、二次医療圏ごとにと記載しておりますのを二次保健医療圏ごとにと修正しております。

7号のところの高知大学医学部附属病院救急部のところにつきましては、書式変更にも柔軟に対応できるようにという趣旨で、附属病院で止めるように、救急部のほうを削除しております。新たに（9）としまして、その他の医療機関を追記しております。

次のページの第5章につきましては、文言を修正するものです。

説明は、以上になります。

資料1のほうは改正後の要綱案となっておりますので、ご審議のほどよろしく申し上げます。

（副会長）ただいま、事務局のほうから説明がありましたけれども、これに対して、皆さんからご意見、ご質問等ありましたらよろしく申し上げます。

（委員）この高知県の救急医療協議会の中には下に専門委員会が2つありますよね。MC専門委員会のほう、専門部会ですね。それと、救急医療体制部会というのがあるんですけども、そちらのほうからの代表というのは、この救急医療協議会には記載しなくてよろしいのでしょうか。

（副会長）事務局のほうは、いかがですか。

（事務局）各専門委員会の委員の中からこの協議会に出させていただいている方もおりますし、かつ、両専門委員会の委員長もこの協議会の中におられますので、実質的には代表が入っ

ているという整理でいいのではないかと思います。ですので、この構成員で基本的に部会の代表者、代表というか構成員が重複して入っているということになりますので、これまでも敢えて記載していなかったということです。

(委員) 実質入っていますから、もう敢えてここに書かなくてもオッケーでしょうということですね。

(事務局) はい。当然、選任のときは、そこによく気を付けてやりたいと思います。

(副会長) ほかに、どなたかございませんか。

それでは、事務局から提案のありました高知県救急医療協議会設置要綱の改正について、原案どおり承認することとして、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、議題（２）につきましては承認されました。

次に、議題（３）第７期高知県保健医療計画の評価についてです。この計画は平成３０年４月に施行されまして、毎年、進捗管理を行ない、目標の達成状況あるいは取り組みと今後の対策について評価することとなっております。それでは、事務局のほうから説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の松村と申します。座って説明させていただきます。

それでは、第７期高知県保健医療計画の評価調書についてご説明させていただきます。まず、１ページ目をご覧ください。１ページ目は、計画に沿って左から順に計画策定時の高知県の救急医療の現状、課題、対策、目標を記載しています。２ページ目には１ページ目の課題の項目にあげている適正受診、救急搬送、医療提供体制、情報提供体制の４つに対して平成３０年度に取り組んできたことを記載し、それぞれPDCAサイクルで確認できるようになっています。

先に２ページ目をご覧くださいまして、課題ごとに３０年度に取り組んだことと、その評価、改善の項目を中心にご説明します。まず、１段目から救急医療の適正利用の啓発については、テレビ、ラジオCMの放送や啓発用ポスターの配布などを行ないました。

取り組みの評価としては、新聞広告、テレビ、ラジオ等様々な媒体を使って啓発した結果、救命救急センターへのウォークイン患者が減少傾向にあります。しかし、一方で、救急出場件数及び半数人員は増加しており、また、救急搬送した患者のうち軽症者の割合は高止まりしています。

改善の項目にいきまして、救急搬送患者が増え続け、かつ救急搬送された者のうち、軽症者の割合が高止まりしていることから、啓発ポスターなどによる救急医療の適正利用の啓発が引き続き必要です。

２段目にいきまして、救急搬送体制の充実に向けて、救急救命士養成研修への参加の呼びかけ、合同検証会や各種研修を実施しました。また、MC専門委員会を開催し、救命措置実施基準の改正などについて承認をされました。

評価としましては、救急救命士の増員が図られており、また各種会議での検証を通して、消防本部間での情報の共有ができ、研修の受講によって救急隊員の資質向上を図ることが

できました。さらに、合同検証会の開催によって、救急活動における課題等を消防本部間で共有することができました。

改善の項目にいきまして、救急救命士数及び救急隊への常時配備割合は増えていますが、今後も引き続いて確保していくこと。県内救急隊員の資質向上に向けた指導救命士の活用と指導救命士自体の質の確保を検討する必要があります。

次に、3段目にいきまして、救急医療提供体制の充実に向け、県外から赴任した医師への研修奨学金の貸与や高知大学に設置した災害救急医療学講座において若手医師の育成が行なわれました。そのほか、救急医療機関の間での意見交換会等を行いました。

評価としましては、9名が助成金を活用して救急科専門医の資格を取得でき、高いスキルをもった若手救急医の増加を図ることができました。また、医療機関の間の意見交換会を実施することで、互いが課題を共有し、顔の見える関係づくりにつなげ、また、ICTの活用等により医療機関と消防機関との間で連携強化を図りました。一方で、三次救急医療機関への患者搬送割合は依然として高い状況であり、4割以上の患者が三次救急医療機関へ搬送されています。

改善の項目にいきまして、救急医の不足は依然、解消できておらず、引き続き医師の確保に向けた取り組みが必要であることから、若手医師の育成とともに県外医師の招聘に向けた取り組みを継続します。

ドクターカーについては、各救命救急センターのドクターカーの状況について引き続き情報共有を行なうことが必要です。

一番下の段に行きまして、救急医療情報提供の充実については、救急病院で応需情報の更新率が90%以下の医療機関へ応需情報更新について依頼を行ないました。情報の更新率は上昇し、三次救急医療機関では100%、二次救急医療機関でも98.1%と高くなっていますが、一方で、一次救急医療機関は18.2%と更新率が低い状況にあり、更新のご協力をいただけるよう働きかけを続けていきます。

30年度の取り組みと評価等の説明は以上になります。

次に、今年度のPの計画とDの実行についてご説明します。3ページ目をご覧ください。

まず、1段目、救急医療の適正利用の啓発については、救急対応ガイドブック、急病対応安心カード等を赤ちゃん会などのイベントで配布しました。

2段目、救急搬送体制の充実については、ブロック単位での合同検証会の実施、また、JPTEC研修等の各種研修も開催しました。

3段目、救急医療体制の充実については、県外から赴任した医師に研修奨学金を貸与したり、高知大学に設置した災害救急医療学講座において若手医師を育成しています。

4段目、救急医療情報の提供については、救急告示病院の更新の際に応需更新率が90%未満である医療機関に対して、応需情報の更新について依頼することとしています。

次に、資料3には、救急医療にかかる現状を示した指標を載せております。調査時期の関係上、直近データの調査時期が統一できておりませんが、ご了承いただければと思いま

す。資料2と内容が重なる部分が多いですので、個別数値の紹介は省略させていただきます。

私からの説明は、以上となります。

(会長) 遅れて申し訳ありません。ここから司会進行をさせていただきます。

ただ今の事務局からの説明に対しまして、ご質問、ご意見、ございましたら発言をお願いします。

(委員) 3ページ目の一番上の実行というところで、救急対応ガイドブックと書いてありますが、これは小児用の救急ガイドブックなんだろうね。何かウォークインが増えていて、成人に対して救急の電話相談のことをやっているということもありますけれど、成人に対しての救急対応を履行するということはしなくてもいいんでしょうね。軽症の人の搬送が多い理由の中には、そういうことはないかということですね。

(事務局) 対応ガイドブックのほうは、お子さん向けのものを医療政策課のほうで発行しているんですけども、テレビCMとか年末のラジオなんかでの広報のときには、大人の方、一般の方にも広く向けて救急医療の適正受診について啓発をさせていただいておりますので、お子さんだけに限らず、広い年代に向けて啓発ということをさせていただいています。

(委員) 啓発というのはいいんだけど、どういうときに受診したらいいか、受診しなくてもいいか、明日まで待てるかということをお児の救急のガイドブックでは作ったんですけど、成人は、どういう人が受診してどうなのかということです。具体的に今の状態に対して自分はどうしたらいいかという指標はあるかということです。

(事務局) ご指摘のような対応を示唆したようなものは、現在、作成していませんので、あったほうがいいんじゃないかと思います。県独自で作るというよりは、いろんなものを活用して配付することは検討したいと思います。

(委員) それから、もうひとついいですか。

2ページ目の3段目のところですけど、救急医療体制の、このあたりで医療の情報システムが、広域災害情報システムとかがありますが、これ、MATで議論されるかもしれませんが、高知あんしんネットをどう利用するかについては、何か、今後の計画とか。

(事務局) あんしんネットについては、利用シーンから想定されると、一般の診療所から救急医療機関への紹介の際の情報データ等の活用をするということが考えられると思います。初期症状とか各診療歴とか、そのあたりが活用できますので、特に、その病院間搬送ですね。そういったところでのあんしんネットの活用というところは、こういう救急医療の切り口からは想定されると思います。

それと、これまで、へき地医療ネットワークを活用してガイド情報をやりとりしていましたが、あんしんネットの利用によって、少なくとも患者さんが紐付けされていれば、瞬時に情報共有が可能ですので、そういった利用シーンをこういう救急医療の連携体制の中においておく必要があるかと思いますので、ご指摘を受けて検討させていただきます。

(委員) 追加ですけど、結局、最初から情報提供をしていいという同意書をもっている

はずなんですけど、救急のときに、そのときに同意をもらって、すぐに見えるような状況にすれば、そういうことはできないかということも含めて検討していただきたい。意識がある人でどうかということとですね。

(事務局) その場で同意書を取るというのは。

(委員) 同意書は難しくても、何か録音していいというふうなことでいけないとか、そうすると早く情報が取れて、その人にとってもいいことが起こるんじゃないか。

(事務局) そのようなご意見があったことをあんしんネットの理事会のほうで、理事会または事務局にお伝えをしておきますので。これは、あんしんネットの一般社団法人のほうで検討していただきます。

(委員) もうひとつなんですけど。結局、救命救急センターにウォークインとか軽症の人が多いんですけど、中心部はそうなんですけど、それぞれの地域ではそれぞれの救急をやっている病院が、かなりやってくださっているのではないと思うんですけど、思い当たる病院が、東のほうにある病院が。その病院がどのくらいどうやっているかという評価とかそんなことは。3次の人は、もう中央部に来ないといけないんですけど、二次くらいまではどうなんだということは検討されているのでしょうか。

(事務局) 二次救急で中央部以外のところですね。

(委員) そうです。

(事務局) すみません。すぐにお答えができないんですけども、医療ネットのほうで統計を取っていますので、そこらへんの数字的な評価のほうはできるかと思います。

(委員) というのは、軽症の患者さんの割合が40何%ですけれども、実際に、その人達は中心部の、中央部に近い人達が主にそうなっているのかどうかというようなことの評価でしょうか。

(委員) 今、ここに色々出してもらっている資料も救急車の搬送でしたら、一次、二次、三次というのがわかりますよね。ただ、自発的にウォークインで、その病院に受診している人の数というのは、救命救急センターの数は出てはきますけども、それ以外、確かに聞かないですね。おそらく皆さんの病院、わかっていると思うんですけども。

そのウォークインで来る人達がどれくらい、どんどん増えているかの、あるいはちょっと減ってきているのか、確かにそのへんは、データとしては。何で県は出てないのかなと思うんですけど。

(委員) 病院の中では、もちろんデータはありますけど。県へ提出して云々は。

内容については、ある程度の情報は当然、統計としては出していると思いますね。

(事務局) 申し訳ございません。

医療ネットのほうでは、救急車による搬送でしたら、二次医療圏とかそういうことで数字が取れるかと思いますが、先程の西山委員が言われたように、ウォークインの分は、こちらのほうでは数字は把握しておりません。

(事務局) 人数だけだったら、厚労省の調査で救急医療機関ごとに出ている。救急搬送だ

けじゃなくて、時間外の救急患者の中になかったですか。

(事務局) 今、厚労省のほうから救急医療体制の現況調べというような調査が来ています、毎年、医療機関に出させていただいているんですけど、その中には、救急車による搬送とその他というところがあったので、おそらくウォークインの患者さんに対応する部分があるかと思いますが。ちょっとすみません。今、手元にないので、そこらへんの数字が出せるものがあるかどうかというのを少し、確認をさせていただきたいと思います。

(事務局) 二次救急医療機関のウォークインの患者数の総数だけは把握している可能性はあるんですけども、こういった年齢構造で、どういう状態であったかというところまでは調べておりませんので、数の現状だけはつかめる。

(会長) どうぞ。

(委員) 幡多けんみん病院ですけど、幡多地域の救急、大体、うちの病院に来るので大体わかっていて、ウォークインは、2015年くらいは1万5千人くらいいたんですけど、ここ、5～6年は1万人と圧倒的に減っています。それは、おそらくコンビニ受診であるとか、そういうので人が減ったんじゃないかなと理解をしています。

このところ、1万人くらいだったんですけど、去年、おとしが、9千人、7千人でさらに減ってきていて、ただ、今年は、また1万人くらい。5年前からいうと5千人くらい減っています。

救急車、2400～2500で、年間。これずっと変わっていません。10年、15年。救急車からの入院は40～50%ちょっといかないくらい。ウォークインの入院は1割です。これくらいのデータはうちの中にあります。

(委員) ちょっといいですか。ウォークインの患者さんは、幡多けんみん病院は、初診の選定療養費を取っているんですか。ほかの病院、救命救急センターは5000円くらい取っていると思うんですけど。

(委員) 救急の？

(委員) はい。紹介状の無い患者さんへの選定療養費は取って、救急のときもウォークインだったら、紹介状がなければ。

(委員) 取っていないです、うちは。

(委員) それでも下がってきているんですね。

(委員) はい。うちは紹介状無しで来ても400円くらいで受けます。

(委員) さっきのこの2ページ目のウォークインが、救命救急センターで減っているというのは、さっき言った選定療養費の影響もあるんじゃないかと思うんですけど。

(委員) 選定療養費の影響はほとんどないです。

(委員) ないですか。

(委員) はい。

月に、高知赤十字病院の場合は、選定療養費を取るって、例外などもありますので、お金、これだけ要るんですけど、って言って、断られる方が1ヶ月に3人から4人です。意

外に少なかったんだなってびっくりしました。

(委員) そうしたら、ウォークインの患者さんは、ほとんど選定療養費を取っているわけ。徴収しているということですね。

(委員) はい。

(委員) 救急以外の人は、確かにやめる方がいますけど、救急の方はほとんど。

(委員) そうなんですね。

(委員) 電話で言うんですけども、皆、来ますね。そうしたら、もうお金払うんならいいですと言うのが1ヶ月に3人、4人、それくらいです。

(委員) 高知赤十字病院は、選定療養費はいくら取られるんですか。5000円ですか。

(委員) そうです。

(委員) それから、もうひとつ。

(会長) どうぞ。

(委員) 日赤で救急の隊員の人と一緒に研修しているじゃないですか。それは、今後のことなんかもそうなんですけど、今までやった効果とかそういうのは、どうなんですか。ものすごく現場に来られたら良いんじゃないかと思うんですけど。

(委員) 実際に、これ、我々ドクターが乗らなきゃいけないなというのが、3ヶ月くらいやっていて2件くらいかなと。あとは我々ドクターが乗って行っても、ほとんど手出しはせずで、そして、いろんな病院に搬送しているということがあります。

手出しをしてしまうと、そこに医療行為が入るので、それを、お金を徴収しなくちゃいけなくなりますよね。そういうので、我々は、中等症あるいは軽症だったら引いていますので。乗ってはいるけれども手出しはしていない。そして、例えば生協病院のほうに運んだりとかいうようなことはあります。

我々ドクターが乗っていて良かったなど、本当にこれ、良かったなというのは、3ヶ月くらいやって2件くらい。確かに、その2件は、40代、50代の人であれば、これは価値はあったかなという気はいたしますけども。

医療センター、Fマーク、どうなんですかね。

(委員) それは、よく知りません。

(委員) それと、運んでいないというときは、病院内で研修とかをします。それは非常にいいんじゃないかと。

(委員) そう。乗っていくやつと病院内で消防隊員の人が研修しているやつと、そちらも、ものすごく有効じゃないかと思っているんですけど。

(委員) よろしいですか。

高知消防局が北消防署の救急隊を日赤のほうで世話になって、以前は救命士だけが病院実習というふうにやっていたけど、今回、医療センターから受けられるようになったので、救急隊一隊そのまま救命士を含め、隊員も含めですね、一隊で研修に出させていただいて、支障のないときはドクターにいろんなお話を聞かせていただいているので、救

急隊全体のレベルアップにつながっているというふうに思っています、派遣している職員からも良い評価をいただいていますので、かなり、ドクターが準備していただいて、待ちの時間を有効に研修に使っていただいているということに非常に感謝しています。

(会長) どうぞ。

(委員) 二次のほうが、やはり、二次救急医療機関が対応率の低下というようなことがあるということなんですけど、今は、三次的なところは、わりといろんな充実をしていっているように思うんですけど、県としては二次のところをどういうふうにバックアップというか、していこうという施策があるんでしょうか。二次病院についての施策というのは、いかがでしょうか。

救急の40%が三次病院で60%が二次病院という数だけ言えば、程度は全然違うんですけど数で言えば60%、二次病院が扱っているわけですから、その二次病院をいかに活かしていくかというのを県はどのようにお考えでしょうか。

(事務局) 二次と三次の連携の取り組みについて、去年あたりから、従来からやっているんですけども、具体的などいうところまでは、まとめきれていない状態でして、意見を聞きながら、ということになるかどうかとは思いますが。

(事務局) 現行体制のままで二次救急医療機関を何か財政面で支援するというような対策をとるかどうかということについては、現時点ではありません。昨年度、一昨年度、もっと言うと、もっとさらに前から、二次救急と三次救急の連携体制をどうするかということは検討課題にあがって、具体案があがっては消えということがずっと続いているわけで、具体的な連携体制とか、何か新たなかたちを構築する中で、こういうところを支援しなければいけないという方向性をまずは見出してから財政支援ということを検討するという順番かなと思います。

(会長) さっきのウォークインはそうなんですけども、結局、救急救命センターが一次も二次も全部しよいこんでいるところに問題がある。救命救急センターはトリアージをして、三次だけに特化してということで、一次、二次は、救急指定病院へと紹介していくと。そういうあたりを検討してシステム化していかないと、今、もう完全に救命救急センターに送り出すので、全部見ていただいている。そこから脱却しないと、どうしても二次救急を受け入れてやりましょうという救急病院はなかなか成り立っていかない。

高知県は、本来は、このあいだも420公立病院、指定されましたけども、本来的にいけば、この3つの救命救急センターはひとつでいいと。あと2つが、名前があげられるようなかたちに本来的にはなるんでしょうけど、二次医療圏のかたちでいけば、そうですね。

しかし、高知県は、もう全県一医療圏という捉え方をしてもらっているかどうかですね。ですから、中央医療圏に3つあっても、それは認められるとするとしても。本来は、幡多に1救命救急センターがあってもいいわけです。

ご発言ございますか。よろしゅうございますか。

それでは、次、議題（４）にいけます。傷病者観察票の変更について、事務局から説明をお願いします。

（事務局）まず、傷病者観察票が一部変更となる経緯から説明をさせていただきます。資料４の１ページ目をご覧ください。

現在、各消防の皆様にはデジタルペンという専用機器を使用し観察票を記入していただいています。このデジタルペンですけれども、昨年度時点で、既に国内での取り扱いが終了しており、故障の際に新たなものを購入することが困難な状況にあります。

そのため、現状としましては、システム保守会社のほうで事前に購入していただいているストックを利用して故障対応を行っており、このストックが尽きてしまうと、デジタルペンでの観察票記入ができなくなってしまうと、このことから、今年度、デジタルペンに代わる観察票記入方式への改修を行なっているところです。

今年度はじめに、県内３ヶ所で各消防を対象としたヒアリング、実機を使用しているデモンストレーションを開催し、意見をうかがった結果、資料１ページ目の下にありますデジタルペーパーを導入することが決定し、現在、改修を行なっています。これはデジタルペーパー、タブレットのようなものなんですけれども、この画面上に観察票をうつし出し、そこに専用のペンで記入していただくというものになります。

このデジタルペーパーの導入によって観察票の記入方式の一部が変更となります。まず、２枚目が現在の観察票となっています。そして、３枚目が新しい観察票となっています。

変更点の詳細については、資料４ページ目に記載しております。大きな変更点としましては、これまでマルで囲むことによって選択していただいていた項目が、チェックボックスもしくはラジオボタンでの選択式となります。

なお、関係者の皆様には、細かい項目についても以前からご意見をいただいているところなんですけれども、スケジュール等の関係によって、来年度に観察票についてのご意見をいただきまして、項目変更等について検討をさせていただきたいと思っております。

今回のこの救急医療協議会で新しい観察票について承認をいただきまして、来年度、令和２年の４月に新たなデジタルペーパーの導入を予定しております。

私からの説明は、以上となります。

（会長）ただいまの説明に対しまして、ご意見ございませんでしょうか。

ご発言、ございませんか。よろしゅうございますね。

それでは、次、報告事項にまいります。報告事項（１）救命救急処置実施基準の改正について、事務局から説明をお願いします。

（事務局）消防政策課の森本と申します。

救命処置実施基準の改正について説明させていただきます。資料５をご覧ください。

右側が、旧の実施基準になります。こちらの本文内で特定行為等と表記されている部分がありますが、等の部分が包括的指示を指しているということが分かりづらいため、救命処置実施基準の第４に規定されていますが、特定行為と包括的指示を指す救命救急処置と

の文言に改正した方が、より正確な表現になることから修正を行ないました。

また、昨年度のMC専門委員会で第10の5の臨場医師等の連携の部分について、実施基準を提示し、改めて指示を得るのは現実的ではないとの意見がありましたので、実施基準から逸脱している場合は、救急救命士または救急隊員では実施できない旨を伝えるとの文言に改正しましたが、第10の4の指示医師との連携の(4)についても同様の書きぶりにしてはどうかとの意見があり、先日、12月4日、MC専門委員会で検討した結果、文言の修正を行ないましたので報告させていただきます。

続きまして、次第(2)の救急救命士の病院実習要領の策定について説明をさせていただきます。

資料の6をご覧ください。

(会長) もう一緒にやります。

そうしたら、次第(2)の救急救命士の病院実習要領の策定について、続けて説明をお願いします。

(事務局) 失礼しました。

資料6をご覧ください。

病院実習要領について、MC専門委員会で検討した結果、令和2年1月1日付けで施行することが決定いたしましたので報告させていただきます。

まず、消防庁からの通知を参考に必要な項目について整理を行ないました。別表1に病院実習の細目を載せていますが、指導者の指導監督のもと実施が許容される者、指導者の指導監督のもとに医療行為を行なう者を介助する者、見学に留める者と、それぞれの実習水準ごとに実習項目をまとめております。目標回数については、就業前病院実習の標準的目標回数を示したものです。

また、救急救命士自身が目的を持って病院実習に取り組めるよう、実習終了後に実習結果について報告するよう、様式1を作成しております。

以上2点に改正については、高知県救急医療協議会の組織及び運営に関する規則第8条第7項をもとに改定いたしましたことを申し上げます。

事務局から説明は、以上です。

(会長) ただいまの説明に対しまして、ご質問、ございますでしょうか。

ご質問が無いようですね。

それでは、報告事項の(3)でございます。救急搬送の状況及び平成30年度救命救急センターの運営状況についての事務局からの説明をお願いします。

(事務局) まず、ご説明の前に、本日ご紹介させていただく資料の数値につきましては、各消防本部が救急搬送を行なう際にタブレットの端末に入力されている観察票の情報等をもとに、こうち医療ネットのほうで統計の処理をしております、その数値をそのまま速報のかたちで出しております。そのため、精査がまだ及んでおりませんので、参考の数値としてお取り扱いいただければと思います。

それでは、資料7をご覧ください。

まず、1ページ目が県内の救急搬送による実績を各消防本部ごとに記載しております。令和元年の10月時点で見ますと、7月、8月の夏の時期が、件数が多くなっております。

次に、2ページ目には医療機関ごとの搬送件数を記載しています。保健医療圏ごとに搬送患者が多いところを見ていきますと、安芸保健医療圏ではあき総合病院、中央圏域のうち、三次救急医療機関以外では、高知市内では愛宕病院、国立高知病院。高知市以外では高知大学医学部附属病院。高幡地域では須崎くろしお病院。幡多地域では幡多けんみん病院が、搬送件数が多くなっています。救急医療機関以外の医療機関への救急搬送件数については、一番下にその他医療機関として記載しております。

3ページ目には年齢区分別の搬送件数を記載しており、昨年と同様に高齢者の搬送件数が多い状況です。

4ページ目には消防本部ごとの医療機関への収容時間を記載しております。こちらは県平均でおよそ41分かかっています。最短は須崎市消防本部さんで約36分、最長は室戸市消防本部さんで約67分となっています。

次に、5ページ目には消防本部別の管外搬送率を記載しています。高知市消防局及び幡多西部消防本部については、極端に管外搬送率が低いことから、この2つの消防本部を除いた管外搬送率も記載しております。

次に、6ページには傷病程度別件数及び構成割合について記載しています。軽症者の割合が高く、軽症者は半数近く、また、中等症の患者についても高い数値でありまして、軽症と中等症患者を合計すると約80%の数値となります。

7ページ目には傷病分類及び傷病原因別件数について記載しております。こちらは、今年度で見ますと、ほぼ例年通りの構成割合となっております。

次に、8ページ目には医療機関機能別患者受入・断り理由別件数及び構成割合について記載しております。

最後に、9ページ目には救急搬送における転院搬送割合について記載しております。

続いてなんですが、資料7の2をご覧ください。

こちらの資料は、毎年、3つの救命救急センターが集まって開催しております連絡協議会の中で報告をされた資料の中から、いくつか数値を抜粋して資料を作成しております。

まず、1ページ目については、左上の棒グラフが3つの救命救急センターごとでの平成30年度の患者数と救急車の搬送患者が何人いたか、重篤患者が何人いたかを記載しております。3救命救急センターのいずれも患者数は減少しています。また、3センターを比較しますと、近森病院が患者数が最も多くなっており、救急車による患者数では、近森病院と高知赤十字病院がほぼ同数になっています。

次に、右側の表は平成30年度の重篤患者数と全患者数に対して、重篤患者数がどれだけを占めているかということを表しております。総数の中で重篤患者の割合が高かったものとして、5%以上のものについては赤字で記載させていただいています。また、件数が

100件以上のものについては青字で記載させていただいております。3つのセンターに共通して重症外傷が多くなっており、特に近森病院では患者数が多くなっています。

下にあります棒グラフは、それぞれ、各消防本部ごとにどれだけ患者さんを搬入したかということについて表しております。

次に、2ページ目をご覧ください。

2ページ目には平成29年度と30年度に収容が不可能であった件数を理由別で記載しております。3救命救急センターともに平成29年度と比較して、平成30年度は収容不可件数は増加しております。

最後に、3ページ目なんですけれども、こちらは3つの救命救急センターで平成30年度に行なわれました、それぞれの講義、実習等について記載しております。

私から説明は、以上となります。

(会長) ただいまのご説明に対しまして、ご質問ございませんか。

よろしゅうございますか。

それでは、その他でございますが、消防政策課から報告事項がありますので、よろしくをお願いします。

(事務局) 消防政策課です。

急遽、追加の報告事項がありましたので、その他のほうで2点ほどご報告させていただきます。

資料8をご覧ください。

救急活動にかかる事後検証及び合同検証会実施要領の改正についてですが、まず、実施要領右上の開催日について、施行日ではなく専門委員会の開催日になっていましたので修正を行ないました。

また、別記後の開催案内送付医療機関について、救急告示病院を所在地でブロック分けしておりますが、中央東ブロックに島津病院と永井病院が入っていなかったため追加し、中央西ブロックのいの病院が救急告示病院から外れたことから、削除しましたので報告させていただきます。

続きまして、資料9をご覧ください。

単位制による救急救命士の再教育実施要領の改正についてです。これまで再教育の際に救急救命士が消防本部へ提出していた様式1-1の病院実習記録について、先日のMC専門委員会で意見があがったんですが、救急救命士の病院実習要領の病院実習報告書と同様に実習細目と回数または時間を記入する欄を追加してはとの意見がありましたので、同様にこちらの修正をしております。また、ただいまの様式の年号を平成から令和に修正させていただきましたので報告させていただきます。

以上、2点の改正についても、高知県救急医療協議会の書式及び運営に関する規則第8条第7項に改正いたしましたことを申し添えます。

事務局からの説明は、以上です。

(会長) ただいまの説明に対しまして、ご質問ございますか。

特に無いようでございます。

それでは、もうひとつ説明がございます。医師の働き方改革について、事務局から報告がございます。

(事務局) 失礼します。マイクの調子が悪くて申し訳ございません。

医療政策課のほうで医師確保の担当をしております松岡です。少しお時間をちょうだいいたしまして医師の働き方改革についてご報告させていただきます。

資料は、本日お配りしたカラー刷りのものを置いておりますので、よろしくお願ひします。座って失礼いたします。

まず、労働者の働き方改革の全体につきましては、労働基準法の見直し等によりまして、本年4月から働き方改革を進めるための様々な措置が講じられております。具体的には、残業時間の原則が年360時間までとする病院規制が初めて法律で規定されましたほか、年5日間の年休の取得や労働時間の客観的な把握などが事業者に義務付けられまして、そのほか、産業医による健康相談の実施など健康確保措置も取り組むこととなっております。

医師につきましては、皆様、ご案内のとおり、残業時間の上限規制の適用が5年間猶予されておりまして、2024年4月から適用となりますため、現在、国の検討会において上限規制の水準や特例水準の指定評価の方向等について検討がされているところです。

本日お配りしました資料をお願いいたします。この国の検討会の資料を抜粋したのですが、医師につきましても、上限規制については、1ページの一番左端にありますように、原則は年360時間としつつ、2024年4月以降は、中程にありますようにAからCまでの水準を適用するということになります。

医師の働き方改革を進めるうえで、医師の健康確保とあわせて地域医療の両立を図ることが重要であるため、救急やへき地医療等の機能を担う医師については、地域医療確保暫定特例水準、資料の中程にありますB水準を設けることが検討されております。

裏のページをお願いいたします。

この上限規制適用開始までに、医療機関や国、県が取り組むべきことが示されております。先ほど申しましたB水準の特定は、2023年のところ、この下のほうを見ていただきましたら、都道府県による特定の実施ということで、都道府県が2023年度中に実施するというようになっておりますけれども、今後、労働時間短縮の取り組みをしっかりと行なっていただくことが特例水準適用の前提となりますので、各医療機関におきましては、勤務時間の客観的な管理や県のインターバルの導入、医師以外の職種への業務の移管などを今から進めていただきたいと思います。

また、資料にはございませんけれども、本年7月から8月にかけて、厚生労働省が全ての病院に対して病院に勤務する医師の労務管理に関するアンケート調査を実施しまして、本県では約半数の病院から回答がございました。

調査の内容は36協定の締結届出がされているか、タイムカードなどにより客観的な勤

務時間の把握がされているか。宿日直の許可を受けているか。時間外労働時間が年間960時間以上となっている医師がいるかなど、法律で決められたことをきちんと守られているか確認する。また、あわせて、今後の特例水準適用の参考となる内容となっております。

回答いただきました中で、確認や支援が必要と思われる病院が8割程度ございましたので、現在、高知県医療勤務環境改善支援センターが委託をしている社会保険労務士から連絡をさせていただきまして、確認や助言等を行なっております。

県として、まず、全ての病院で法律が守られていることを確認のうえで、社会保険労務士や医療系アドバイザー等による相談支援や国の助成金等を活用して、労働時間短縮のための取り組みを促進したいと考えております。

あわせて、医師の働き方改革を病院長のご理解とリーダーシップをもって進めていただきたいということで、厚生労働省主催のトップマネジメント研修が、来年2月22日の土曜日に高知商工会館の会場でありますので、お時間が許されましたらご参加いただきたいと思います。これは医療政策課のホームページでもご案内しております。

事務局からの説明は、以上です。

(会長) ただいまの説明に対しましてご質問ございませんか。

どうぞ。

(委員) 各医療機関でそうするのはいいんですけど、一番気になっているのは、大学から派遣される医師について、今、話し合いがなされているところかもしれないんですけども、当直に行くのができなくなるとかというようなことは起こりそうなんですか。

(事務局) 失礼します。

今、国の働き方改革の検討の推進の検討会の中で、副業等に関して労働時間の管理をどうするかとか、規制のあり方をどうするかということもあわせて議論されているところとして、ちょっと私達も、それがどのようになるかというのを今、持ち合わせていない状況です。それができなくなるといふことよりは、むしろ、時間管理をしっかりとやっていく、そのうえで上限規制の適用がなされるかどうかというところをちょっとご注意いただきたいと思います。

(会長) 医師の勤務時間というのは、一般的な同じようなレーゲルな働き方というのはないんでしょう。医師、だから、医師の勤務時間なんていうのを規定してあれするということが、現場を無視したこと。

だから、これ、1日何時間を超えてはいけないなんていうような決め方をしていたら、医師はどう働いていいかわからない。何時から何時まで勤務時間、その中で仕事をやりきましょう、なんていうものではないでしょう。時間の上限を決めるなんていうのは意味がないんですね、医師には。だから、働き方改革なんていっている、医師の働き方に俎上にあがったこと自体が、本当はおかしな話ではあると思うんですね。

これは、公務員は適用外なんですよ、この働き方改革。

(事務局) 医師以外の公務員ということですよ。

公務員は今年度施行の対象となっておりますので、県庁職員も、この左端にある一般職ですね。時間外労働が月45時間以内、年間360時間以内。これできっちり時間管理をするようになっております。

月単位で45時間を超えるような労働者が出た所属については、報告義務が課されていて、これの是正を、これは庁内ですけど、しっかり求められています。このことの効果もあって県庁全体での時間外労働は劇的というほどではありませんけども、変わっているのは事実です。

今回、医師の働き方改革の趣旨は、医師とはいえども労働者性があるということは間違いのない事実ですので、労働者としての医師の健康確保が第一だということが趣旨であります。

それと、少なくとも私以上の世代の先生方は、無定業の労働ということに関して極めて寛容だと思いますが、20代、30代の若い世代の医師については、良きにつけ悪きにつけ労働時間というものについて非常にセンシティブになってきています。労働者としての医師の働き方の意識自体が変わってきていることも事実ですので、これへの対応もしっかりやっけていかないと、逆に労働者としての医師の職務放棄といえますか、立ち去り型サボタージュに近いように現象が起りかねないという危惧もあります。

2024年から適用される時間外労働規制は、1日何時間というものではなくて、1ヶ月単位の労働時間、これの時間外勤務が、医師の標準として960時間を設けた上限等なくなるということ。特例水準の倍ある1860時間、これはあくまで上限ですので、これ以下に抑えていただくということですので、必ずしも非現実的な数字ではないかなと思います。

それと、この下ですね。救命救急センターが応需する病院などでは既に実証されているところは多いと思いますけど、連続勤務時間の制限、当直明けは午前中休み、少なくとも午前中休み、当直明けは、少なくとも休みとか、その勤務時間インターバルを設定しているとか、これらは全ての医師に対して適用となることとなりますので、2024年までの間に各医療機関で体制を整備していただく必要があります。

行政のほうでも、先ほど説明しましたように、B水準、C水準の医療機関の特定作業をやっています。具体的な手続き等については、まさに国の検討会で検討中で、年内、ここからさらにということですので、色々と制度改正の方向性が明らかになった段階で各医療機関に情報提供をさせていただくと考えております。

(会長) 県庁なんか、公務員の皆さんは、これ、決められたら残業ができなくなる。

(事務局) そのとおりです。

(会長) 予算編成の時なんか、必死でやらないと。

(事務局) それでですね、例外と言ったらあれですけども、他律的率要因でどうしても時間外勤務が多くなる業務や、そういった他律的な要因が非常に大きい所属だったり、担当ラインですね。というところは一定特定をして少し上限を上げて、そうは言っても仕事を

しなければならないランクについては、そこを緩めている事実もあります。

今年最初の年度ですので、実際問題として、この労働時間規制に沿って業務が可能かどうかというのは、県庁としても試されているところですので、ただ、全体としては、やればできそうというところにあります。

(会長) はい、どうぞ。

(委員) そうすると、このような会議なんかは時間内に行なうことが多くなりますか、それとも時間外に。

(事務局) できるだけ時間内で実施したいと思います。職員のワークライフバランスという観点からも。

日程調整の段階で、日中の時間帯も含めて調整も出させていただきますし、今後も徹底したいと思いますので、なるだけ時間内での、勤務時間内での実施にご協力をいただけたらと思いますが、現実的に医師の皆さん方の出席というのは、難しい現実もありますので、そこはバランスの問題だと思います。

(会長) どうぞ。

(委員) 高知病院の先山ですが、もし、わかればいいんですけども、ここに示された医師の暫定的な、期間もありますけれども、例えば今日は救急の集まりということなんですけども、特に救急は夜間とか非常にマンパワーを使って平常時の勤務よりも夜間、非常に身体的影響も大きいと思うんですけども、この数字が出てくるにあたって、今のマンパワーで医療を維持するというので、これで可能、何か試算、そのへんのもとになったデータとかはあるんですか。

(事務局) 国の医師の働き方改革に関する検討会で、この試算の根拠を出した、試算というか1860時間の根拠を出してきたと思いますけども、2036年頃までには、現在の医師の需給バランスがちょうどいいようになるという前提のもとで計算をしています。

それで、この労働時間規制を行なうことによって、医師の需要の部分が高まりますので、そうすると、医師の需給が均衡する時間がもっと先になるという推測ですので、それでもなお、現在の医療需要に対しては、対応可能だという前提のもとで、この1860の数字が出されてきているということにはなっています。が、本当にそうなるのかという。様々な意見があることも確かですので。

都道府県の立場からすると、これをそのまま需給して、医療機関で労働時間を管理していくと、特に救急など、救急医療、周産期医療などは厳しい状況になってくるのではないかと、要するに医師が足りないという状況が出て来るのではないかなと。

それと、前半のほうの議論ですけども、二次救急での当直が、実際にまわしていくことが可能なかどうかということになってくると思います。宿日直という基準に対して7月に国から通知が出て、本当の寝当直以外は勤務として扱って、宿日直、労働局の宿日直許可の対象にならなくなるおそれがありますので、そこを現行の仕組みとか実際の勤務に対して、割増賃金を支払うというところが可能なかどうかということに、よくよく国に

提言していかななくてはいけないのかもしれない。非常に課題は大きいと思います。

(会長) 時間の設定自体の根拠が希薄ですね。どういう根拠でこの時間を出したか。

結局、現状で医師が働いていて、どれくらいの時間で健康障害を起こしているかという、そういう統計は出しているのか。どれくらいの人間が健康障害を起こして倒れているか。そんなに医師はバタバタ倒れているのか。あまり聞いたことがない、医師が倒れていると。

そういうものを出す、きちんと出して、これだけ医師が大変なんだ、健康被害を被って大変な状況にあるというものを出してくれば納得いくけど、ほとんど聞いたことがない。現状はそれなりに皆、頑張っているんです。何の障害も無しにやっているのが普通。

(事務局) 一般の労働者からいうと、この年間960時間という月当たり80時間ですので、これはもう立派な過労死ラインです。その倍近い1860時間というのは、一般の労働者からいうと殺人的な数字だと。

1860というのは私自身も経験したことはありますが、さほどのことではありません。というのは、医師は非常に高いスキルを持って、いわゆる裁量権が極めて高い状態で勤務をするので、一般の労働者と比べるとストレスが少ないという特殊性はありますが、とは言え、960時間、とても一般の労働者から見た場合の過労死ラインですので、少なくとも、ここのところは上限として容認せざるを得ないかなとは思っています。

(会長) ここで医療政策課に文句言っている場合はではない。失礼しました。

(事務局) いえいえ。説明責任が。

(会長) それでは、よろしゅうございますか。

はい、どうぞ。

(委員) お願いがあるんですけど。資料7なんですけど。この7ですね。資料7の7です。

脳内出血が何名、くも膜下出血が何名というやつですね。これは、統計資料を出してから話題になっているんですけども、医療ネットを使ってこれを出せるのが、平成28年度は出せるんですかね、これ。

(事務局) 27からです。

(委員) 27から出せる。

(事務局) はい。

(委員) そうすると、簡単に医療ネットで集計が出せるとすれば、27、28、29、30、31と年を追ってこれをやっていただければ、今、心筋梗塞が増えつつあるのかどうか、くも膜下出血が減りつつあるのかどうか、そのへんもわかりますので、もし、よかつたら、そういった年次推移なんかもわかりますので、それを出していただければありがたいなと思います。

(事務局) 医療ネットで数値が拾えますので、また、こちらで作成をして、次回の会するときには出させていただくようにします。

(委員) ありがとうございます。

(事務局) これ、結構、数字を拾うのが、実は簡単なようで大変なんです。

この傷病名のほうは、収容先の医師に記入してもらいますが、ここの記入の方法は、実は統一されていなくて、もう先生方の好きなように書かれていますので、本当は、ICTとコーディングするようなかたちが本当は一番いいんですけど、それと、かえって記入も大変ですし、データ化できるようなかたちにするのも難しいですので、ちょっと、ここの傷病名の記入方法については、今後、もうちょっと簡素など言いますか、統計がとりやすいような記入の仕方を検討したいと思います。そのほうが、先生方も記入しやすいと思います。

(会長) 傷病名コードを記入するようにしたら。

(事務局) コードが本当は一番楽だと思います。

(委員) なかなかこれが、患者さんが来て、その日のうちに書きますので、間違っている病名の場合もあったりするんですね。

ただ、私、大学に行って見たら、皆、滅茶苦茶いい加減で、ここの分類とか考えさせていただいたんですけども、せっかくこれをやったのに、2つ、3つバツをつけていたりとか、あるいは科別のやつもありますよね。大学なんか適当に、また別に自分達で勝手に科を書いて、それでチェックしていたりして。これは県に出す資料だから、県の統計資料だから、こんなの、勝手にやったらいけないよと言って、知りませんでしたとか言って。

これのつけ方というのを説明していませんので、医療機関の方々、皆さんにね。せっかくの良い資料がうまく使えないということもひとつあるのかもしれないですね。

(委員) 西山先生、これ、数だけでいいんですか。つまり、人口動態が急速に減っていますよね。

(委員) はい。

(委員) どういった部分を加味して。

(委員) だから、平成29年の人口動態はわかりますので、そして、それで、病名がわかると。本当のことを言ったら、80歳以上でのこれとかいうのがさらにわかれば、もっと良いということになるんですけれど。

一応、消防にお願いして、平成25年、26年は1月と6月のやつを取っていただいたんですけど、それは年齢も入れて取りましたので、80歳以上でどの病気が多いというのまでわかっています。ただし、医療ネットだけでは、ちょっとそこは難しいでしょう。

(事務局) まあ、やってやれないことはないです。

(委員) それと、年齢、人口自体も5年間くらい見ても、ずいぶん減るんですね。

(委員) そうですね。そのへんは、また。

(委員) 数字だけで、減っただけでは、なかなか。

(委員) はい。そうですね。そのへんは県も資料を持っているはずですから、そのへんも言えばお願いできるのかもしれないですね。

(会長) 傷病名は傷病名表をこしらえて、それにチェック入れる。

(委員) 一応、チェック入れるようになっているんですよ、これ。本病名のところにチェック入れるように。

(会長) 入れるようになっているんですか。

(委員) はい。

それがこの欄です。チェック。だから、色々あると思うんですけども、僕は消化器のところは、消化管出血と腹膜炎と、あとは、その他にしました。というのは、重症が知りたいなと思ったので、消化管出血と、腹膜炎は多分、手術するだろうから。あとは胃腸炎だとか、あれはその他でいいということで、そのようにしました。

(会長) ほかにご発言ございませんか。無いようでございます。

それでは、本日の議題、報告は全て終了いたしました。どうも長時間にわたり、ご協力ありがとうございました。